

лстворительный результаты, больные могли принимать любую пищу, при этом явления дисфагии и регургитации, болевые ощущения отсутствовали. /Рентгенологически наблюдалось уменьшение диаметра пищевода, хорошая проходимость кардии. При эзофагоскопии отсутствовали признаки застойного эзофагита. У больных исчезли неврологические расстройства, такие как раздражительность, истерия, плаксивость.

Таким образом, применение пневматической кардиодилатации с иглорефлексотерапией является наиболее оптимальным методом лечения кардиоспазма, позволяющим успешно применять ее с высокой эффективностью при 1, 2, 3 стадиях заболевания.

Предложенный нами метод лечения обеспечивает хорошее функциональное состояние кардиоэзофагиального перехода и хорошие результаты

Литература

1. Черноусов А. Ф., Пикин В. И., Гнилитский Л. А., Овчинников В. И., Прокофьев Л. С.- Дифференциальная диагностика нейромышечных заболеваний кардии // Хирургия -1981, № 5.-С. 74-79.
2. Ванцян Э. Н., Черноусов А. Ф., Андрианов В. А., Чернявский А.- А. Лечение нейромышечных заболеваний пищевода // Хирургия,-1983, № 6.-С. 14-19.
3. Низамходжаев З. М., Ходжибаев А. М., Янгиев Б. А Новое в лечении запущенных форм кардиоспазма // Хирургия Узбекистана.-1999, № 1.-С. 92-93.
4. Гаджиев А. И- Современные представления о нейромышечных заболеваниях пищевода // Анналы хирургии.-2000. № 1.-С. 26-32.

ПРИМЕНЕНИЕ АКТИВИРОВАННОЙ АУТОПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГЛАЗ

Н. Р. Янгиева, Н. Х. Абасханова
Первый ТашГосМИ

В последнее десятилетие возросло число больных, страдающих общей сосудистой патологией, и соответственно увеличилось число случаев нарушений кровообращения органа зрения (1., 2)-

Известно, что такие сосудистые заболевания глаз, как диабетическая ретинопатия, тромбозы ретинальных вен, ги-

пертоггпческая ретинопатия и некоторые другие стали ведущей причиной слепоты и слабовидения в возрастной группе •10-70 лет. что является общемедицинской и социальной проблемой. Установлено, что развиваются данные заболевания в' результате нарушения макро- и микроциркуляции, что связано с нарушением реологических свойств крови, повышением ее вязкости, усилением агрегации тромбоцитов и эритроцитов, снижением фибринолитической активности крови и нарушением регуляции сосудистого тонуса (2, 3, 4).

В настоящее время для лечения сосудистых заболеваний глазного дна используют фибринолитические, гипотензивные средства, дезагреганты, антиоксиданты, ангиопротекторы, а также лазерное и хирургическое лечение. Однако применяемые методы лечения недостаточно эффективны. В этой связи для лечения сосудистых заболеваний глазного дна была разработана технология получения активированной аутоплазмы (1, 2, 3, 4).

Целью нашего исследования явилась оценка клинико-функциональных изменений при применении активированной аутоплазмы у больных с сосудистой патологией глаза.

Аутоплазму получали следующим образом: кровь больного брали из локтевой вены шприцем, содержащим гепарин. Далее кровь в пробирке центрифугировали в течение 10 минут. Затем из пробирки отсасывали плазму и переливали в другую центрифужную пробирку, добавляя 1% раствор АТФ. Далее проводили повторное центрифугирование в течение 15 минут, а через 40 минут, после осаждения тромбоцитарных агрегатов, одноразовым шприцем отсасывали активированную аутоплазму.

Метод основывается на впервые выявленном свойстве активированной аутоплазмы вызывать рассасывание (резорбцию) геморрагий и экссудатов на глазном дне, что обуславливает значительное повышение центрального и периферического зрения.

Курс лечения активированной аутоплазмой включая парабульбарные по 0,5 мл и внутримышечные инъекции по 3,0-5,0 мл ежедневно, в течение 10-12 дней.

Нами обследованы 4 больных с диабетической ретинопатией. 1- с тромбозом центральной вены сетчатки, 2 — с гипертонической ретинопатией и 3 больных — с гемофтальмом. При обследовании использовались следующие офтальмоскопические методы исследования: биомикроскопия, визометрия,

иериметрия, тонометрия, офтальмоскопия же
офтальмохромоскопия.

так-

У наблюдаемых больных на глазном дне отмечались множественные и единичные преретинальные и интраретинальные геморрагии различного срока давности, кровоизлияния в стекловидное тело, имелась экссудативная макулопатия с выраженным диффузным отеком, с явлениями пролиферативных изменений и без них. Острота зрения у больных варьировала от 0,01 до 0,8. Внутриглазное давление у всех больных было в норме. У 8 больных отмечалось сужение поля зрения и скотомы.

Результаты лечения оценивались непосредственно после лечения. После применения активированной аутоплазмы: по офтальмоскопической картине у 10 больных отмечались частичная резорбция кровоизлияний в стекловидном теле и на сетчатке, уменьшение отека в макулярной зоне, уменьшение количества твердых и мягких экссудатов. Данные визометрии показали повышение остроты зрения у 80% (8) больных на 0,08-0,3, у 2 больных улучшения остроты зрения не наблюдалось, хотя субъективно больные отмечали «прояснение» и указывают на расширение поля зрения у 8 больных до нормальных границ (на 5° - 15°) и уменьшение количества, а также площади абсолютных и относительных скотом.

Преимуществами активированной аутоплазмы являются: А доступность и простота получения аутопрепарата, А хорошая переносимость.

расширение поля зрения. Периметрические А данные также

отсутствие побочного действия.

Исходя из наших наблюдений, можно сделать следующий вывод: инъекции активированной аутоплазмы оказывают положительное действие на остроту и поле зрения, офтальмоскопическую картину глазного дна. Внедрение в офтальмологическую практику нового способа лечения сосудистых заболеваний глазного дна будет способствовать улучшению прог-

ноза и оптимизации медицинской реабилитации.

Литература

1. Богданович В. 1997.
2. Гогина И. Ф., с патологией органа
3. Нероев В. В ,

261

Л. Сахарный диабет.-Нижний Новгород,

Плешанов Е. В- Реабилитация больных
зрения.-Одесса. 1986.-С. 363-365.

Галилеева В. В- Актуальные вопросы